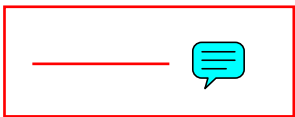


# Grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie: het perspectief van verpleegkundigen werkzaam op algemene ziekenhuisafdelingen



### Samenvatting

**DOEL.** Deze studie is gericht op het verwerven van inzicht in de betekenis en ontstaansmechanismen van grensoverschrijdend gedrag (GOG) vanuit het perspectief van verpleegkundigen in relatie tot patiënten op algemene ziekenhuisafdelingen.

**METHODE.** Deze multicentrische studie omvat kleinschalig exploratief incidentieonderzoek en kwalitatief theorievormend onderzoek. Semigestructureerde interviews met 18 verpleegkundigen werden afgenomen en geanalyseerd volgens de constante comparatieve methode en principes van de Grounded Theory.

**RESULTATEN.** Verpleegkundigen worden met uiteenlopende situaties geconfronteerd die kunnen aanleiding geven tot ervaringen van GOG. De beleving en betekenisgeving bij dergelijke situaties die leidt tot een mogelijke ervaring van GOG, hangt samen met een complex samenspel van bepalende en regulerende factoren. Deze factoren werden geïdentificeerd op het niveau van de patiënt, de verpleegkundige en de afdeling.

**DISCUSSIE EN CONCLUSIE.** Investeren in de ontwikkeling van persoonlijke competenties van verpleegkundigen en realiseren van een ondersteunende werkcontext op het vlak van persoonlijke groei, veerkracht, coping-vaardigheid en weerbaarheid; zijn aspecten die ervaringen van GOG kunnen milderden of voorkomen. Verpleegkundigen kunnen op die manier gestimuleerd worden om over GOG op een circulaire en contextuele manier na te denken. Dit ondersteunt de preventie en aanpak van ervaringen van met GOG.

*Trefwoorden: Zorgrelatie, grensoverschrijdend gedrag, agressie, betekenisgeving, verpleegkundige-patiëntrelatie*

### Wat is bekend?

- Verpleegkundigen lopen een groot risico op ervaringen van agressie en grensoverschrijdend gedrag (GOG) omwille van de aard, duur en intensiteit van de relatie met patiënten.
- De frequentie en vorm van agressie werd vooral onderzocht op geriatrische, spoed- en psychiatrische afdelingen, en slechts beperkt op algemene ziekenhuisafdelingen.
- Er is beperkte literatuur over wat maakt dat gedrag binnen de relatie tussen verpleegkundigen en patiënten als grensoverschrijdend wordt ervaren en welke mechanismen deze perceptie beïnvloeden.

### Wat is nieuw?

- Bij verpleegkundigen werkzaam op algemene ziekenhuisafdelingen werd een kwalitatieve studie uitgevoerd om inzicht te verkrijgen in hun beleving en betekenisgeving bij grensoverschrijdend gedrag in de zorgrelatie met patiënten.
- Verpleegkundigen worden gedurende hun tewerkstelling blootgesteld aan uiteenlopende vormen van gedrag dat door hen als grensoverschrijdend gepercipieerd wordt. Nadere analyse toont de betekenisgeving bij deze ervaringen en beschrijft de samenhang tussen bepalende en regulerende factoren op het niveau van de patiënt, van de verpleegkundige en van de afdeling.

### Wat is de relevantie?

- Het belevingsperspectief van verpleegkundigen als uitgangspunt laat toe een diepgaander inzicht te bekomen over het voorkomen van GOG en agressie binnen de zorgverlening.
- Het inzicht in het belevingsperspectief laat toe afgestemde interventies te ontwikkelen voor de verpleegkundige praktijk of voor het verpleegkundig onderwijs. Er werden aanknopingspunten geïdentificeerd voor de preventie en aanpak van GOG op het niveau van de verpleegkundige (persoonlijke groei en communicatievaardigheden), op het niveau van de zorgrelatie en het niveau van de zorgorganisatie.

## Inleiding

Uit nationale en internationale literatuur blijkt dat agressie en in het algemeen grensoverschrijdend gedrag (GOG) een veelvoorkomend probleem vormt in de zorgverlening (1). Verpleegkundigen blijken in het bijzonder een risico te lopen op agressie-incidenten omwille van de aard, duur en intensiteit van zorgrelaties met patiënten of cliënten (2-4). Literatuur toont dat de gevolgen van agressie en het risico op agressie-incidenten aanzienlijk zijn voor hulpverleners, patiënten en de kwaliteit van zorgverlening. Wanneer verpleegkundigen geconfronteerd worden met agressie-incidenten kan dit zorgen voor negatieve implicaties voor het persoonlijke en professionele functioneren (5,6). Ook vanuit het perspectief van patiënten wordt een directe relatie vastgesteld tussen welbevinden van hulpverleners en de kwaliteit van afgestemde zorg ervaren door patiënten (7).

Alhoewel agressie in de laatste decennia ruim bestudeerd werd, is het vooral een onderzoeksthema in de ouderenzorg en op spoed- en psychiatrie afdelingen (3,5, 8-15). Op enkele uitzonderingen na, werd agressie beperkt bestudeerd in algemene ziekenhuisafdelingen (16,17). Generalisaties vanuit deze specifieke settings naar algemene ziekenhuisafdelingen zijn moeilijk. In onderzoeksliteratuur in de gezondheidszorg wordt het bestaan van agressie veelal waargenomen door het gebruik van registratieformulieren waarin verpleegkundigen aangeven in welke mate ze blootgesteld worden aan bepaalde fysieke, verbale en non-verbale gedragingen (10,18,19): door het registreren van factoren die aan de basis liggen van agressie-incidenten, waarna deze gekoppeld worden aan afdelings-, organisatie- en/of patiëntfactoren (20), of door het meten van specifieke vaardigheden die verpleegkundigen inzetten in het omgaan met agressie (21). Er kunnen een aantal methodologische en theoretische tekortkomingen geïdentificeerd worden bij deze bestaande studies. In verschillende studies nemen onderzoekers aan dat bepaalde gedragingen door mensen als agressief worden ervaren, maar dat er geen mogelijkheid is tot nuanceren door de persoonlijke beleving van de respondenten. Er is weinig zicht op de manier waarop agressie gepercipieerd wordt, welke grenzen dan overschreden worden opdat de ervaring van agressie zou ontstaan

en welke factoren hier dan een rol in spelen. Bovendien plaatsen weinig studies agressie binnen de interactie patiënt-verpleegkundige (22) of binnen de relationele context waarin agressie zich afspeelt op algemene ziekenhuisafdelingen.

Generalisaties over het fenomeen van agressie in de verpleegkundige zorg in algemene ziekenhuisafdelingen worden hierdoor bemoeilijkt. In deze studie wordt geprobeerd aan deze beperkingen uit de bestaande literatuur tegemoet te komen.

Vooreerst wordt gezocht naar een eenduidige operationalisering van agressie. Een veelomvattende en recente definiëring van agressie is het "toebrengen van schade aan materiaal of aan een persoon door het overschrijden van grenzen, normen of regels van de ander. Dit uit zich in verbale of fysieke agressie, bedreiging of bedreiging naar objecten" (22). Verbale agressie wordt veelal begrepen als verbaal geweld, bedreigingen, ironisch taalgebruik of minachtende blikken terwijl fysieke agressie veelal begrepen wordt als fysieke intimidatie, schade aan personen en materiaal, destructief gedrag en mild of ernstig fysiek geweld (2,18,23-27). De kern van deze definiëring omvat 'het overschrijden van grenzen, normen of regels'. In die zin wordt de bredere term 'Grensoverschrijdend gedrag' (GOG) gehanteerd. Bovendien laat deze een individuele invulling toe van wanneer welke grenzen overschreden worden zonder deze bij voorbaat in te vullen. Daarnaast wordt GOG geplaatst binnen de relatie verpleegkundige-patiënt en de voortdurende interactie tussen beiden. De invulling van welke grenzen en hoe deze grenzen overschreden worden alsook de subjectieve ernstbeleving worden niet bij voorbaat ingevuld, noch de processen die daarbij spelen. Om de interactie tussen beiden te begrijpen, worden zowel verpleegkundigen als patiënten bevraagd.

De huidige studie is opgezet om vanuit het perspectief van verpleegkundigen twee vragen te beantwoorden: (1) Wat maakt dat gedrag binnen de relatie patiënt-verpleegkundige als grensoverschrijdend wordt ervaren en (2) Welke processen of mechanismen beïnvloeden de subjectieve ernstbeleving van GOG? Deze studie is onderdeel van een grotere studie waarbij ook patiënten geïnterviewd werden. Deze resultaten worden niet weergegeven, maar zullen in vervolgstudies gekoppeld worden aan de resultaten bij verpleegkundi-

Variabele	n
Leeftijd (jaren)	
20-30	7
30-40	6
40-50	3
50-60	1
60-70	1
Geslacht	
Vrouw	16
Man	2
Werkervaring (jaren)	
0 - 5	3
5 - 10	7
10 - 15	4
15 - 20	0
20 - 25	1
25 - 30	1
30 - 35	2
Diploma	
Verzorgende	2
Gediplomeerd	7
Bachelor	7
Master	2
Afdelingen	
Geriatric	4
Neurologie/Neurochirurgie	8
Oncologie	2
Cardiologie/Pneumologie	2
Heelkunde	2

Tabel 1: Kenmerken van de participanten

gen om overkoepelende perspectieven te verkrijgen over GOG in zorgrelaties.

## Methodologie

### Design

Kleinschalig registratieonderzoek werd opgezet als primaire indicatie over de frequentie en vorm van GOG op algemene ziekenhuisafdelingen ter voorbereiding van een verdiepende kwalitatieve theorievormende onderzoeksbenadering. Kwalitatief onderzoek laat, beter dan andere onderzoeksstrategieën, toe subjectieve aspecten van de werkelijkheid op een genuanceerde manier te benoemen (28-36).

### Selectie van respondenten

Het oriënterende registratieonderzoek vond plaats op vijf algemene ziekenhuisafdelingen in twee algemene ziekenhuizen. Afdelingen hadden een diagnostisch, geneeskundig, geriatrisch of heelkundig karakter. Afdelingen werden gekozen op basis van diversiteit van pathologie en verblijfsduur van de patiëntenpopu-

latie binnen algemene ziekenhuisafdelingen. Het onderzoek werd voorgesteld aan diensthoofden en hoofdverpleegkundigen. De onderzoekers verzorgden vervolgens informatie-overdrachten en opleidingen tot registratie voor verpleegkundigen. Wekelijks follow-up en reminders werden verstuurd in functie van continuïteit in de registratie.

Voor het verdiepende kwalitatieve onderzoeksluik werden verpleegkundigen doelgericht geselecteerd (purposive sampling) met variatie in leeftijd, opleidingsgraad, werkervaring en geslacht om diversiteit in ervaring en betekenisverlening t.a.v. GOG te verkrijgen. Eerste analyse-inzichten werden verbreed door verdere, meer doelgerichte, dataverzameling. Door middel van theoretical sampling werden interviews afgenomen met mannelijke en vrouwelijke verpleegkundigen uit een ander ziekenhuis. In totaal werden 18 verpleegkundigen geïnterviewd. In tabel 1 worden hun karakteristieken weergegeven.

### Ethische aspecten

Ethische commissies gaf goedkeuring voor deze studie (ziekenhuis 1: 08-12-2012, ziekenhuis 2: 26-01-2009). Verpleegkundigen die deelnamen aan het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksonderdeel gaven geïnformeerd toestemming. Anonimiteit en vertrouwelijkheid werden gewaarborgd. Voor het registratieonderzoek werd voorzien in geanonimiseerde steekkaarten (zie figuur 1). Ingevulde steekkaarten werden verzameld in een gesloten brievenbus. De interviews werden afgenomen in vertrouwelijke ruimtes naar voorkeur van verpleegkundigen.

### Datacollectie

Het registratieonderzoek voorzorg geanonimiseerde steekkaarten (zie figuur 1) waarop verpleegkundigen gedurende vier weken incidenten registreerden die ze als grensoverschrijdend ervoeren. Incidenten

Beoordeling	Voorbeelden incidenten
'Niet erg'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Verpleegkundige aanspreken met 'dingske'.</li> <li>• 'Uitspuwen van avondmaaltijd, niet willen eten, vloeken'.</li> <li>• 'Verschillende keren arm van verpleegkundige stevig vastnemen'.</li> </ul>
'Matig erg'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Om 16u pijnstiller gegeven, om 16u30 twee keer gebeld om nog een dosis'.</li> <li>• 'Patiënt wil I.M.-inspuiting van arts omdat 'wij er niet toe capabel zijn'.</li> <li>• 'Patiënt belt om meer suikerklontjes en is kwaad dat we dit niet weten'.</li> </ul>
'Erg'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Patiënt slaapt tijdens bezoek van familie. Familie verwijt ons dat we de patiënt iets gegeven hebben'.</li> <li>• 'Verpleegkundige helpt patiënt om recht te zitten. Patiënt knijpt verpleegkundige in de bil'.</li> <li>• 'Familie stuurt mail om te vragen zoveel mogelijk informatie over de patiënt door te mailen'.</li> </ul>
'Heel erg'	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Schoppen, bijten, knijpen naar verpleegkundige tijdens verzorging'.</li> <li>• 'Patiënt hoest in mijn gezicht zonder hand voor zijn mond te houden'.</li> <li>• 'Patiënt zegt, als hij me ziet: "het is weer die dikke, ga maar voort, ik moet uw muil niet zien"'</li> </ul>

Tabel 2: Voorbeelden incidenten met ervaring GOG

werden beschreven en subjectief beleefde ernst werd aangeduid op een VAS-schaal gaande van 'niet erg' tot 'heel erg'. Voor het kwalitatieve deel werden semigestructureerde interviews afgenomen (37). Interviews waren gericht op het begrijpen van wat verpleegkundigen als GOG ervaren en welke processen hierbij spelen. Een topicsguide werd opgesteld op basis van literatuur. Deze werd vooral gebruikt voor de openingsvraag. Wanneer het interview goed liep, kreeg het interview een open karakter waarbij vooral interviewtechnische richtlijnen werden toegepast. In een tweede interviewronde werden thema's gaandeweg aangepast aan verworven inzichten. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten.

### Data-analyse en methodologische kwaliteit

Resultaten van het registratieonderzoek werden descriptief geanalyseerd. Om ervaren ernst bij incidenten te onderscheiden, werden VAS-schaalscores gemeten en opgedeeld in vier categorieën (niet erg, matig erg, erg, heel erg). In het kwalitatieve deel werden interviews op band opgenomen en getranscribeerd. Transcripties werden door alle onderzoekers doorgenomen en gecodeerd met het softwareprogramma MAX QDA. Analyse van interviews gebeurde afwisselend met dataverzameling. Codes werden toegekend aan betekenisvolle fragmenten (30-38). Codering gebeurde aanvankelijk open en inductief om naarmate de analyse vorderde op een axiale en selectievere wijze verder te verlopen (34). Analyses van onderzoekers werden op regelmatige tijdstippen vergeleken, bediscussieerd en getoetst op verworven data. Dit proces van voortdurend vergelijken van nieuwe data met eerder gevonden data en interpretaties is, als hoofdcomponent binnen de Grounded Theory, gekend als de constante comparatieve methode (30-38). Om validiteit van het onderzoeksproces te vrijwaren werd onderzoekerstriangulatie, audit trail en peer debriefing gebruikt.

### Resultaten

#### Incidentieregistratie

In totaal werden 76 incidenten gemeld waarvan 56 als 'erg of heel erg'

1. Beschrijf beknopt **het gedrag** dat u als grensoverschrijdend ervaren hebt?

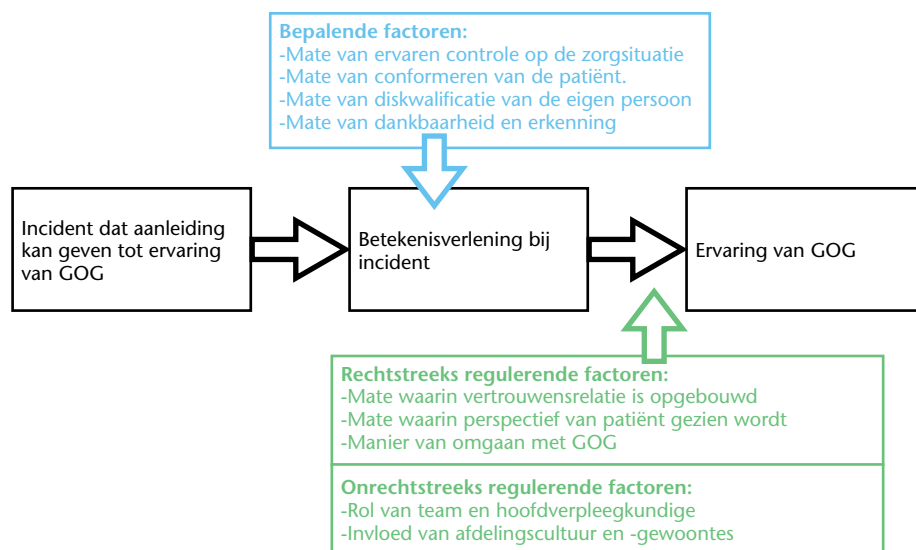
2. Duid aan met **een verticale streep** op onderstaande balk hoe erg u dit ervaren hebt?

Niet erg

Heel erg

3. Zo u verder over het incident wenst te spreken, gelieve uw **code** te noteren:

Figuur 1: Steekkaart voor incidentieregistratie



Figuur 2: Schema betekenisverlening tot ervaring van GOG

en 20 als ‘niet of matig erg’ gescoord werden. Per afdeling werden gemiddeld 15 incidenten geregistreerd met het laagst en hoogst aantal van 6 en 37. Het aantal registraties per verpleegkundige verschilde, op één afdeling voerden drie verpleegkundigen de helft van de registraties uit. Op andere afdelingen waren aantallen vergelijkbaar. Aparte afdelingen werden vergeleken en verschillen niet in ervaren ernst bij incidenten. Individuele verpleegkundigen verschilden wel bij vergelijking van ervaren ernst bij incidenten. Verbaal agressie werd bijvoorbeeld door sommigen als ‘niet erg’ en door anderen als ‘heel erg’ beoordeeld. Tabel 2 geeft voorbeelden van geregistreerde incidenten.

#### Analyse van kwalitatieve interviews

Interviews met verpleegkundigen verschaften inzichten over wat verpleegkundigen als GOG ervaren, hoe ernstig ze dit ervaren en welke factoren hierbij spelen. Hierbij werden zowel bepalende als regulerende factoren geïdentificeerd. Figuur 2 geeft schematisch het samenspel van deze factoren bij ervaringen van GOG weer.

#### Bepalende factoren bij betekenisverlening bij GOG

Bepalende factoren zijn factoren die ervoor zorgen dat op een bepaald moment en in een bepaalde situatie voor de verpleegkundige een grens overschreden wordt waardoor bepaald gedrag als ‘grensoverschrijdend’ gepercipieerd wordt. De volgende dimensies werden als bepalende factoren geïdentificeerd: de mate van ervaren controle op de zorgor-

ganisatie, de mate van conformeren van de patiënt; de mate van diskwalificatie van de eigen persoon en de mate van dankbaarheid en erkenning.

Verpleegkundigen beschouwen de rol van verpleegkundige als goede zorg verstrekken aan patiënten. Ze nemen de verantwoordelijkheid om de zorg te organiseren opdat de patiënt goede zorg zou krijgen. Om dit te doen binnen een beperkt tijdsbestek ervaren verpleegkundigen dat ze controle moeten houden op de zorgorganisatie.

“Mensen eisen teveel, verwachten daarbij teveel. Zaken die ze zelf kunnen; bv. bellen om glazen water te vullen. Je moet snel komen en ze kunnen het zelf.”

Dit gegeven leidt tot het verwachten van een complementaire houding van patiënten en familieleden waarbij de zorgorganisatie en afdelingsregels gerespecteerd worden. Gedrag van patiënten dat als moeilijk of onvoorspelbaar gepercipieerd wordt; ervaren verpleegkundigen als grensoverschrijdend. In de ervaring van verpleegkundigen verstoort dit gedrag het verrichten van zorgkundige activiteiten en zorgt het ervoor dat men het controlegevoel over de zorgorganisatie verliest.

Verpleegkundigen lijken impliciet en expliciet erkenning nodig te hebben voor hun professionele rol. Situaties worden als grensoverschrijdend ervaren wanneer verpleegkundigen zich in hun positie en deskundigheid weinig gewaardeerd voelen.

“Ik doe hier mijn best, en de familie en de patiënt zijn van mening, jullie doen eigenlijk niet genoeg. Je komt

niet snel genoeg, mensen zijn niet goed verzorgd, en ze moeten lang opzitten... Terwijl je weet dat je al wat je kon gedaan hebt. Dat kwetst dan wel.”

Verschillende verpleegkundigen beschrijven hoe ze in contact met patiënten ook willen gezien worden als persoon die losstaat van professionele taakinvullingen. De ervaring van niet gezien worden als persoon, is meebepalend naar het al dan niet ervaren van situaties als grensoverschrijdend. Uit het professioneel handelen lijkt de verpleegkundige een persoonlijk zelfwaardegevoel en voldoening te halen, dat ook onderuit gehaald kan worden als bevestiging uitblijft.

“Vooraf ook de manier waarop de mensen soms de dingen zeggen is soms echt bijna kleinerend : je bent ervoor betaald.”

Aan opmerkingen over persoonlijke of uiterlijke kenmerken worden ook negatieve effecten toebedeeld voor het zelfvertrouwen van verpleegkundigen. Hier wordt dieper op ingegaan bij ‘regulerende factoren’.

#### Regulerende factoren bij betekenisverlening bij GOG

Regulerende factoren zijn factoren die de ervaring en ernstbeleving van GOG voor verpleegkundigen kunnen versterken of milderen. Twee niveaus werden geïdentificeerd waarbinnen regulerende factoren zich manifesteren. Op het niveau van verpleegkundigen beïnvloeden factoren de ervaringen van GOG op een directe manier. Deze zijn de mate waarin er een vertrouwensrelatie is tussen patiënt en verpleegkundige; de mate waarin het perspectief van de patiënt gezien wordt en de manier van omgaan met GOG. Op het niveau van de organisatie zijn er factoren die indirecte ervaringen van GOG beïnvloeden. Deze factoren zijn de rol van het team en hoofdverpleegkundige en de invloed van de afdelingscultuur- en gewoontes. Deze factoren worden hieronder verder toegelicht.

Wanneer de verpleegkundige de patiënt persoonlijker kent en diens individuele behoeften begrijpt, lijken verpleegkundigen bij deze patiënten GOG als minder ernstig te ervaren. Er is een vertrouwensrelatie ontstaan die de ervaring mildert. Ook wanneer gedrag van de patiënt toegeschreven kan worden aan externe factoren, wordt GOG als minder ernstig beleefd.

“Ik weet, ‘Eigenlijk weten ze niet wat ze doen omwille van dementie’.



Het is niet leuk maar dat blijft niet hangen, je kunt het plaatsen". Het uitblijven van erkenning voor de verpleegkundige is bepalend voor het ontstaan van de ervaring van GOG, maar is ook versterkend daar verpleegkundigen op dat moment vast lijken te zitten in hun eigen perspectief en nog meer vasthouden aan het gevoel controle te houden over de zorgorganisatie. Dit patroon is vooral aanwezig op afdelingen met een taakgericht patiëntenbeleid die op een hiërarchische visie gebaseerd zijn. Verpleegkundigen leggen verantwoording af bij hoofdverpleegkundigen die op hun beurt aan artsen verantwoording afleggen of rekenen op artsen om in te grijpen bij incidenten. Een taakgerichte afdelingscultuur en hiërarchische organisatie kunnen zo onrechtstreeks het risico op ervaringen van GOG versterken.

*"Ongewenst gedrag is moeilijk te mijden. Door ziekenhuisroutines – op dat uur moet gewassen worden, op dat uur komt het eten – is dat moeilijk. Ik merk dat je averechtse effecten krijgt als je dwingt om op te staan".*

Een volgende factor is de manier waarop omgegaan wordt met GOG. Uiteenlopende manieren worden gehanteerd in het voorkomen van en reageren op GOG. Deze manieren hebben vooral een beschermende functie naar de verpleegkundige zelf toe en worden ingezet om te kunnen blijven functioneren in de verwachte taakinvulling, nl. het geven van goede zorg. Verpleegkundigen lijken een preferente omgangstijl te hebben die in elke situatie wordt ingezet en niet gedifferentieerd wordt naargelang het patiëntcontact. Die stijl lijkt dus persoonsgebonden aan de verpleegkundige. De verpleegkundigen die aan grensoverschrijdende situaties worden blootgesteld en die niet over vaardigheden beschikken om met die situatie om te gaan om zichzelf te beschermen, lijken het GOG als ernstiger en meer storend te beleven. De omgangsstijl heeft een invloed op het ervaren van de graad van ernst van een grensoverschrijdende situatie. De meest voorkomende manier is een ontwijkende omgangsvorm. Verpleegkundigen gaven aan te weten wat niet te doen bij GOG maar wisten niet wat wel te doen waardoor gekozen werd voor zwijgen, weggaan, patiënten vermijden of niet langer alleen binnengaan in kamers.

"Het is creativiteit. Naar medicatie toe; op een later tijdstip of een an-

dere manier proberen. Met concrete dingen omzeilen, om niet uit te lokken".

Verpleegkundigen die als voorkeur een ontwijkende stijl hanteren, gaan de situatie nadien ook vaker uitvergrooten en veralgemenen.

"Alles loopt hier mis, alles is hier mis en ja, heel de dienst wordt zo onmiddellijk in het negatieve getrokken en eigenlijk ging dat over één bepaald feit dat gebeurd was, maar natuurlijk alles dat erbij komt, wordt er dan ook bij betrokken en dat leidt tot het gevoel van: 'Wat lopen wij hier nog te doen op de dienst want alles is toch verkeerd'. Je zet je elke dag in voor je werk en om voor iedereen goed te doen en dan heb je zo het gevoel van: 'Ja, eigenlijk is het allemaal verkeerd, wat lopen wij hier eigenlijk te doen?'"

Deze verpleegkundigen ervaren patiënten als mondiger, meer eisend en kijken op naar collega's die zij als mondig beschrijven, waarmee deze collega's tijdig en duidelijk grenzen lijken aan te geven aan het ongewenste gedrag van de patiënt. Vooral jongere collega's worden als mondig beschreven.

"En dan is er soms iemand anders die mondiger is, die gaat daar onmiddellijk op inpakken en een antwoord teruggeven, maar ja, ik kan dat niet en ja, soms loop ik daar dan wel eens een tijdje mee rond dat je zegt van: 'Eigenlijk zou dat niet mogen kunnen' maar ja, meestal zeg ik daar dan niet veel op. Dat ligt dan ook aan je persoonlijkheid, de één is mondiger dan de ander. Ik ben dan ook wel boos op mezelf dat ik niet mondiger word of dat ik daar niet op reageer, maar ja, het is soms moeilijk om te veranderen."

De invloed van het team is een eerste onrechtstreeks regulerende factor op het niveau van de organisatie die ervaringen van GOG kan milderend of versterken. Verpleegkundigen vinden het ondersteunend ervaringen in het team te ventileren. Het team zoekt oplossingen of neemt zorgtaken over opdat verpleegkundigen niet langer geconfronteerd worden met GOG. Deze ondersteuning zorgt ervoor dat incidenten als minder belastend ervaren worden. Hoofdverpleegkundigen hebben binnen deze context eveneens een regulerende functie en kunnen meer gezag hebben om GOG van patiënten of familieleden te beëindigen. Dit sluit aan bij de meestal ontwijkende omgangsvorm op het niveau van de verpleegkundige.

"Wij hebben een hoofdverpleegkundige die achter ons staat en mon-

dig is om familie aan te spreken. De hoofdverpleegkundige steunt ons." Afdelingsnormen en –gewoonten vormen de laatste regulerende factor in ervaringen van GOG. Gedrag dat verpleegkundigen als grensoverschrijdend ervaren, aspecten die bij deze ervaringen meespelen en de invloed die deze ervaring heeft op de relatie met patiënten, is gelijkaardig aan de ervaringen van andere verpleegkundigen van dezelfde afdeling. Verpleegkundigen lijken hun eigen manier van omgaan met GOG aan te passen aan de afdelings specifieke cultuur. Nieuwe verpleegkundigen die op een afdeling starten, ondergaan een socialisatieproces, waardoor hun persoonlijk perspectief in verband met grensoverschrijdend gedrag en hoe hiermee om te gaan, beïnvloed wordt door de afdelingscultuur en –gewoontes. Vaak gebeurt het dat (nieuwe) verpleegkundigen op een afdeling eigen, soms effectievere omgangsvormen opgeven om zich aan te passen aan de omgangsvormen die door een team wordt voorgehouden.

*"Hier zien we dat "[ op sommige afdelingen mocht de eigen naam van verpleegkundigen in het contact met patiënten niet vernoemd worden]: 'Ik zal mijn naam niet zeggen, hoor'. Waarschijnlijk omdat we bang zijn dat we zouden worden aangesproken als iets verkeerd gaat."* **Discussie** Het onderzoek trachtte antwoord te geven op de vraag 'wat' zorgt dat gedrag binnen verpleegkundige patiëntrelaties als grensoverschrijdend wordt ervaren en welke factoren de ernstbeleving beïnvloeden.

### Onderzoeksbevindingen

Uit zowel het registratieonderzoek als de interviews blijkt dat verpleegkundigen gedurende hun prestaties blootgesteld worden aan uiteenlopende vormen van gedrag die als grensoverschrijdend ervaren kunnen worden. Uit het registratieonderzoek kwam naar voor dat gedrag zelf geen eenduidige informatie geeft over 'wat' als grensoverschrijdend ervaren wordt. Opvallend is dat een vierde van de geregistreerde gevallen van GOG ook als 'niet of minder ernstig' wordt ervaren. Dit gegeven bevestigt het belang om factoren die een rol spelen bij het overschrijden van een grens los te koppelen van factoren die de ernstbeleving reguleren. In het kwalitatief onderzoek werd dit dieper bevraagd. Het kwalitatieve onderzoek liet toe uit te gaan van de individuele ervaringen van de geïnterviewden.

Deze analyse laat zien dat de ervaring van GOG samenhangt met een samenspel van bepalende en regulerende factoren. Deze factoren oefenen invloed uit op welke incidenten als grensoverschrijdend worden gepercipieerd en welke betekenis deze toebedeeld krijgen. Bij de bepalende factoren werd de mate van ervaren controle op de zorgorganisatie, de mate van conformeren van patiënten, de mate van diskwalificatie van de eigen persoon en de mate van dankbaarheid en erkenning geïdentificeerd. Bij de regulerende factoren werd de mate waarin een vertrouwensrelatie werd opgebouwd, de mate waarin het perspectief van de patiënt gezien wordt, de manier van omgaan met GOG, de rol van het team en hoofdverpleegkundige en de invloed van afdelingscultuur en gewoontes geïdentificeerd. Deze factoren kunnen met elkaar verbonden worden en zijn verantwoordelijk voor een eigen dynamiek in het onderhouden, versterken of verminderen van ervaringen van GOG. Deze worden hieronder kort besproken.

De kwalitatieve resultaten geven aanwijzing dat het persoonlijk zelf-waardegevoel van verpleegkundigen samengaat met de jobidentiteit. Uitblijven van bevestiging van het professioneel handelen, lijkt dus een impact te hebben op het persoonlijk welbevinden. Beide aspecten werden ook als intrinsieke factoren geïdentificeerd in een kwalitatief onderzoek naar werktevredenheid bij verpleegkundigen (39). Deze studie toonde hoe verpleegkundigen zich op een persoonlijke manier gewaardeerd willen voelen door patiënten en tegelijkertijd gerespecteerd willen worden om hun professionele bijdrage in patiëntenzorg. Deze bevinding doet vermoeden dat afhankelijk zijn van bevestiging door patiënten het risico met zich meebrengt dat ervaringen van GOG sneller ontstaan wanneer bevestiging niet gegeven wordt. Verpleegkundigen zien het als hun taak om goede zorg te verlenen. Binnen deze taakinfilling proberen ze controle te houden op de zorgorganisatie. Van patiënten wordt bovendien verwacht dat zij zich schikken naar de zorgorganisatie en taakverdeling op de afdeling. Verstoring van de zorgorganisatie kan als grensoverschrijdend ervaren worden. Het willen controle houden op de zorgorganisatie zorgt ervoor dat concreter verpleegkundig werk zoals medicatietoediening of patiënt-administratie als gewichtiger er-

varen wordt dan preventie, herkenning of aanpak van GOG. Deze eerder taakgerichte oriëntering van de werkcontext werkt de ervaring van GOG in de hand daar GOG in een taakgeoriënteerde context een verstorend gebeuren is dat het controlegevoel over de zorgorganisatie bemoeilijkt.

Bij ervaringen van GOG blijken verpleegkundigen vervolgens eerder reactief en intuïtief te handelen. In een onderzoek over interpersoonlijke vaardigheden bij verpleegkundigen werden verschillende soorten communicatiestijlen geïdentificeerd (40). Deze communicatiestijlen bevatten eerder gezaghebbende interventies (zoals voorschrijven, suggereren, informeren, instrueren of confronteren) en faciliterende interventies (zoals gevoelsontlading en reflectie stimuleren, ondersteuning aanbieden, ..). Uit dit onderzoek van Bunard en Morrison (40) kwam naar voor dat verpleegkundigen minder faciliterende interventies hantieren en eerder gezaghebbende interventies uitvoeren. De resultaten van de huidige studie liggen in deze lijn daar faciliterende communicatiestijlen minder aan bod kwamen. Wanneer gevoelsontlading niet plaatsvindt, er geen exploratie of reflectie is van GOG of er een ontwijken-de omgangsstijl aangewend wordt, is er het risico dat de ervaring en ernst van GOG versterkt wordt. Dit verhoogde risico op ervaringen van GOG is ook aanwezig in de interactie met collega's. Met collega's wordt gezocht naar manieren om GOG te stoppen of wordt bevestiging gezocht van het door de verpleegkundige gesteld gedrag. Het team heeft een functie naar ondersteuning en ventilatie voor de verpleegkundige, maar dient zelden als kritische toetssteen. Elke afdeling lijkt ook specifieke patronen te hebben in ervaren en omgaan met GOG die aan nieuwe verpleegkundigen op de afdeling wordt doorgegeven. In sterke hiërarchische organisaties zien we eveneens dat door de hoofdverpleegkundige of arts naar voor te schuiven verpleegkundigen zich lijken te beschermen en zo GOG proberen te ontwijken. Faciliterende vormen van communicatie worden beperkt aangewend daar het eigen aandeel bij incidenten niet besproken wordt of er niet gezocht wordt naar het begrip van het gedrag en de context. Dit brengt echter ook het risico met zich mee dat verpleegkundigen minder voeling krijgen met de beleveniswereld van patiënten. Dit kwam

eveneens naar voor in de onderzoeksbevinding dat de mate van het aannemen van het perspectief van de patiënt een regulerende rol speelt in de ervaring van GOG. Dit kan bijdragen tot het vormen van een 'wij en zij'-tegenstelling in relaties met patiënten wat verder het risico met zich meebrengt dat er vervreemding is in de zorgrelatie en de perceptie van gedrag als grensoverschrijdend bevorderd wordt. In dezelfde context komt uit de resultaten naar voor dat verpleegkundigen zelden ervaringen van GOG terugkoppelen naar betrokken patiënten of familieleden. Verpleegkundigen geven aan taal en taalvaardigheid te missen om dit te kunnen doen. Het ondersteunen van taal- en communicatievaardigheden van verpleegkundigen is een aspect dat veelvuldig onderzocht is. Literatuur suggereert dat ook kortdurende educatiesessies waarbij verpleegkundigen ondersteund worden in het reflecteren over de interactie met patiënten en het aannemen van het perspectief van de patiënt voldoende kunnen zijn in het verkrijgen van een reflectieve en patiënt-georiënteerde interactie (41). Het in groepsverband reflecteren over ervaringen van agressie of GOG waarbij stilge staan wordt bij de interactie met de patiënt, het begrijpen van het gedrag van de patiënt en de regulatie van eigen emoties, zijn interventies die beschreven zijn in de psychiatrische setting (42) en in de geriatrische setting (43). Deze mogelijkheden kunnen verder geëxploreerd worden om uit te maken in welke mate deze ook binnen de geïdentificeerde factoren kunnen begrepen worden en in welke mate verpleegkundigen op algemene ziekenhuisafdelingen deze ook kunnen toepassen. Tot slot kan een bedenking gemaakt worden over professionele normativiteit. Het kwalitatieve onderzoek liet toe te vertrekken vanuit de individuele ervaringen van de verpleegkundigen. Hierbij werd geen norm over GOG opgelegd of gemeten wanneer en hoe het zich voordoet. Verpleegkundigen ervoeren vervolgens GOG wanneer persoonlijke grenzen, normen of regels overschreden werden. Er is echter een onderscheid tussen deze individuele ervaringen en de professionele normativiteit. Wanneer persoonlijke grenzen, normen of regels overtreden worden, worden niet noodzakelijk professionele grenzen, normen of regels geschonden. De vraag is dan wanneer GOG ernstig genoeg is om er wat aan te doen.

### *Aanbevelingen voor verder onderzoek en de verpleegkundige praktijk*

In toekomstig onderzoek zou kunnen nagegaan worden of beleavingsaspecten binnen zorgrelaties (voldoende) aandacht krijgen in opleidingen en (bij)scholingen van verpleegkundigen. Onder invloed van de professionaliseringsbeweging in de verpleegkunde wordt o.a. door de toenemende objectiverings- en standaardiseringstendens eerder voorgeschreven wat verpleegkundigen moeten doen in een gegeven situatie, dan dat er appel gedaan wordt op het evaluatief analyseren van situaties. Dit stimuleert een taakgerichte afdelingscultuur, met controle willen houden op de zorg en het uitblijven van faciliterende interventies (40) om GOG te voorkomen en aanpakken.

Deze studie legde dimensies bloot die een rol spelen in de interpersoonlijke beleving van GOG bij verpleegkundigen werkzaam op algemene ziekenhuisafdelingen. Het koppelen van deze gegevens aan de analyse van de interviews met de patiënten zal verdieping brengen in de dynamiek van hulpverlenersrelaties in de context van GOG. Met deze gegevens zal een meetinstrument ontwikkeld worden dat zal toelaten de frequentie, vorm en ervaren ernst van GOG in zorgrelaties in algemene ziekenhuizen in kaart te brengen. Het instrument zal gepersonaliseerde informatie opleveren die opleidingsnoden van verpleegkundigen op alge-

mene ziekenhuizen kan aangeven.

### *Methodologische beperkingen*

Het registratieonderzoek werd kleinschalig ingericht en kan dus niet gelden als een representatieve weergave van frequenties en vormen van GOG op algemene ziekenhuisafdelingen. Wel zijn de cijfers richtinggevend geweest voor een kwalitatief onderzoeksluik. Daar uit de kwalitatieve resultaten bleek dat afdelingsgewoonten een regulerende rol spelen in het ervaren van GOG en de rekrutering van verpleegkundigen plaatsvond in algemene ziekenhuizen, is er beperkte diversiteit in de analyse van de invloed van de communicatiecultuur. In de interpretatie van de resultaten dient hier rekening mee gehouden te worden. Daarnaast kan er ook sprake zijn van sociale wenselijkheid in de interviews daar verpleegkundigen bevraagd werden over ervaringen met gedrag van patiënten. Om dit risico te remediëren werd een uitnodigende en vertrouwelijke sfeer gecreëerd. Bovendien werden verschillende maatregelen genomen om de kwaliteit van de resultaten te onderbouwen. Datasaturatie werd bereikt, onderzoekerstratificatie werd gecultiveerd en zowel purposive als theoretical sampling werd toegepast.

### *Conclusie*

De resultaten uit het onderzoek beschrijven de betekenis en ontstaan-mechanismen van GOG vanuit het perspectief van verpleegkundigen

werkzaam op algemene ziekenhuisafdelingen. De bevindingen worden gekaderd tegenover evoluties in de verpleegkundige praktijk. Om de preventie en aanpak van ervaringen van GOG te ondersteunen kan geïnvesteerd worden in de ontwikkeling van persoonlijke competenties van verpleegkundigen opdat verpleegkundigen gestimuleerd worden op een circulaire en contextuele manier na te denken over ervaringen van GOG. Daarnaast is het belangrijk een ondersteunende werkcontext te realiseren op het vlak van persoonlijke groei, weerbaarheid en copingvaardigheid van verpleegkundigen.



### **Abstract**

**Transgressive behaviour in care relationships: the perspective of nurses working on general hospital wards**

**AIM.** There is limited literature available about lived experiences of transgressive behaviour in the care relationship between nurses and patients on general hospital wards. This study aims to acquire insight into the onset and meaning of transgressive behaviour from the perspective of nurses.

**METHOD.** This multicentre study encompasses small scale quantitative incidence research and qualitative theory forming research. Semi-structured interviews with 18 nurses were conducted and analysed according to the constant comparative method and principles of the Grounded Theory.

**FINDINGS.** Nurses are confronted with diverse situations that can give rise to an experience of transgressive behaviour. The lived experience and

meaning in such situations which leads to a potential experience of transgressive behaviour, depends on a complex interplay of determining and regulatory factors. Patient, nurse and ward related factors were identified.

**DISCUSSION AND CONCLUSION.** Investing in the development of personal competences of nurses and realizing a supportive work context in the area of personal growth, resilience, coping and perseverance, are aspects that can alleviate or prevent experiences of transgressive behaviour. Nurses must be supported to reflect on transgressive behaviour in a circular and contextual manner and understand transgressive behaviour in its particular meaning.

**Key terms:** Care relationship, transgressive behaviour, aggression, lived experience, nurse-patient relationship.

## Literatuurlijst

- Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs* 2012; 68(12): 2685-2699.
- Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495-503.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens RJG, Fischer JE, Haug HJ. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2007;3(1):30.
- Waschgler K, Ruiz Hernández JA, Llor Esteban B, García-Izquierdo M. Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behavior scale- users. *J Adv Nurs* 2012.
- Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* 2004;50(5):469-478.
- Nolan P, Dallender, J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: The experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 1999;30 (4): 934-941.
- Maben J, Adams M, Peccei R, Murrells T, Robert G. 'Poppets and parcels': the links between staff experience of work and acutely ill older peoples' experience of hospital care. *J Clin Nurs* 2012; 7(2): 83-94.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens RJG, Haug HJ, Fischer JE. Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist: Instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 2006;17,9.
- Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:325-337.
- Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 2007;58(2):140-9.
- Hegney D, Plank A, Parker VR. Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *Int J Nurs Pract* 2003;9(4): 261-8.
- McKenna BG, Poole SJ, Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12: 56-63.
- Almvik R, Rasmussen K, Woods P. Challenging Behaviour in the Elderly: Monitoring Violent Incidents. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21(4):368-374.
- Edens JF, Douglas KS. Assessment of interpersonal aggression and violence: introduction to the special issue. *Assessment* 2006;13(3):221-6.
- Duxbury J, Pulsford D, Hadi M, Sykes S. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2012;20.
- O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J Clin Nurs* 2000;9(4):602-10.
- Wells J, & Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *J Adv Nurs* 2002;(3):230-240.
- Conway T, Hu TC, Kim P, Bullon A. Prevalence of violence victimization among patients seen in an urban public hospital walk-in clinic. *J Gen Intern Med.* 1994;9(8):430-5.
- Abderhalden C, Needham I, Dassen T. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 2008;193, 44-50.
- Johnson ME. Violence on Inpatient Psychiatric Units: State of the Science Mary E. Johnson. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2004;10(3):113-121.
- Delaney KR, Johnson ME. Keeping the Unit Safe: Mapping Psychiatric Nursing Skills. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2006;12(4):198-207.
- Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behaviour* 2005;31:217-227.
- Jansen GJ, Dassen TWN, Jebbink GG. Staff attitudes towards aggression in the health care: a review of literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12,3-13.
- Needham I, Abderhalden C., Halfens RJ, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 2005;49: 283-296.
- Farrell GA, Bobrowski C, Bobrowski P. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *J Adv Nurs* 2006;55(6):778-787.
- Luck L, Jackson D, Usher K. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *J Adv Nurs* 2007;59(1): 11-19.
- Estryn-Behar M, Van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risk in nursing – results from the European NEXT Study. *Occup Med* 2008;58: 107-114.
- Maso I, Smaling A. Kwalitatief onderzoek: theorie en praktijk. Tweede, gewijzigde druk. Amsterdam: Boom; 1989.
- Miles M, Huberman A. Qualitative data analyses: a sourcebook of new methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 1984.
- Morse J. Critical issues in qualitative research methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
- Morse J, Field PA. Nursing research; the application of qualitative approaches. Cheltenham: Stanley Thornes; 1996.
- Verhaeghe S. De confrontatie met traumatisch coma: een onderzoek naar de beleving van familieleden [proefschrift]. Gent: Universiteit Gent; 2007.
- Wester F. Strategieën voor kwalitatief onderzoek. Muiderberg: Coutinho; 1978.
- Zuuren FJ van. Kwalitatieve onderzoeksmethoden. In: Strien PJ, Rappard JFH van, redactie. Grondvragen van de psychologie. Een handboek: theorie en grondslagen. Assen: Van Gorcum; 1990. p. 292-306.
- Zuuren FJ van. Het belang van een kwalitatieve benadering bij onderzoek in de sociale gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1995;73:315-21.
- Zuuren FJ van. Kwalitatieve methoden. In: Schroots JFF, redactie. Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling en veroudering. Assen: Van Gorcum; 2002. p. 77-95.
- Evers J, De Boer F. Het kwalitatieve interview: kenmerken, typen en voorbereiding. In Evers J, redactie, Kwalitatief interviewen: kunst én kunde. Den Haag: Lemma; 2007. p. 23-47.
- Boeije H. Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen. Amsterdam: Boom Onderwijs; 2005.
- Morgan JC, Lynn MR. Satisfaction in nursing in the context of shortage. *J Nurs Manag* 2009; 17: 401-410.
- Bunard P, Morrison P. Nurses' perceptions of their interpersonal skills: A descriptive study using six category intervention analysis. *Nurse Educ Today* 2005;25:612-617.
- Boscart V. A communication intervention for nursing staff in chronic care. *J Adv Nurs* 2009; 65(9): 1823-1832.
- Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013; 20(5): 396-404.
- Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatr Nurs* 2009; 30(3): 174-187.